

令和      年      月      日

北栄町長      様

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和      年に使用していたおむつ代の医療費控除の証明に必要な事項について、確認願います。

【申請者】

氏 名		対象者との関係	
住 所	〒		
電話番号	(                      )                      ー		

【対象者】

被保険者番号										
フリガナ										
氏 名										
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和                      年                      月                      日									
住 所	〒									

おむつ代の医療費控除を受ける年数（該当するものに○）

1 年目                      2 年目以降

## おむつに係る費用の医療費控除の認定要件

<p>④</p> <p>主治医意見書に見る 控除認定要件の記載</p>	<p>以下の①②の両方にチェックが入っていること</p> <p>①障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ B 1、B 2、C 1、C 2のいずれか</li> </ul> <p>②失禁への対応、尿失禁の発生可能性</p> <p>（※どちらか片方、または両方にチェックが入っていること）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 失禁への対応：「カテーテル」の項目</li> <li>・ 現在あるかまたは今後発生の高い状態：「尿失禁」の項目</li> </ul>
<p>控除を受けるのが 1 年目である者</p>	<p>その者がおむつを使用した当該年に現に受けていた要介護認定、及び当該認定を含む複数の要介護認定（有効期間が連続しているものに限る。）で、それらの有効期間（当該年以降のものに限る。）を合算して6か月以上となるものの審査に当たり作成された主治医意見書（当該複数の認定に係る全てのもの）</p> <p>※④の記載に該当する場合に限る</p>
<p>控除を受けるのが 2 年目以降である者</p>	<p>おむつを使用した当該年に作成された主治医意見書（当該年に主治医意見書が作成されていない場合は、当該年に現に受けていた要介護認定（有効期間が 13 ヶ月以上のものに限る。）の審査に当たり作成された主治医意見書</p> <p>※④の記載に該当する場合に限る</p>